

318

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Juillet 1893

Par **ACHILLE MARTIN**

Né à la Roche-du-Courant (Charente-Inférieure), le 4 août 1866

Ancien externe des Hôpitaux et de la Maternité de Lariboisière

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU

TRAITEMENT

DES

HÉMORRHOIDES

(Procédé Whitehead-Delorme)

Président : M. TERRIER, Professeur

Juges : MM. LE FORT, Professeur.

GAUCHER,

LEJARS,

} *agregés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie}, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Juillet 1893

Par **ACHILLE MARTIN**

Né à la Roche-du-Courant (Charente-Inférieure), le 4 août 1866

Ancien externe des Hôpitaux et de la Maternité de Lariboisière

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU

TRAITEMENT

DES

HÉMORRHOIDES

(Procédé Whitehead-Delorme)

Président : M. TERRIER, Professeur

Juges : MM. LE FORT, Professeur.

GAUCHER,

LEJARS,

} *agregés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie}, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
Clinique médicale.....	}	SEE (G.).
		POTAIN.
		JACCOUD.
		N.
Clinique des maladies des enfants.....		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		N.
Clinique des maladies nerveuses.....		CHARCOT.
	}	LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		PANAS.
Clinique des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	REITTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES GRANDS PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TERRIER

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BICHAT
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Docteur E. DELORME

MÉDECIN PRINCIPAL DE L'ARMÉE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE AU VAL-DE-GRACE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES

(Procédé Whitehead-Delorme)

AVANT-PROPOS

Le traitement des hémorroïdes a depuis longtemps préoccupé les chirurgiens. En effet, les pertes de sang incessantes qu'éprouvent les malades et l'anémie parfois dangereuse qui en est la conséquence ; les douleurs intolérables auxquelles les patients sont en proie au repos ou pendant la marche ; les accidents sérieux qui surviennent dans le cours de la maladie sont bien faits pour attirer l'attention. Aussi les tentatives opératoires n'ont-elles pas manqué : Hippocrate pratiqua tour à tour l'excision et la cautérisation. Il s'exprime ainsi : « Après avoir fait sortir le fondement le plus possible, on le lotionnera avec de l'eau chaude, puis on excisera le sommet des hémorroïdes..., etc. » et ailleurs : « Vos fers étant chauffés à blanc, vous aurez soin de cautériser jusqu'à dessiccation et de ne pas les appliquer mollement comme si on faisait une onction avec une spatule... » La dilatation forcée, préconisée par M. Gayet (de Lyon) ; la ligature pro-

posée par Astley Cooper ; l'écrasement linéaire (Chassaignac) ; les divers modes de cautérisation : *cautérisations ignées* (Nélaton, Denonvilliers, Gosselin, Richet, Verneuil), *cautérisations galvaniques* (Verneuil), *cautérisations potentielles* (Houston (1843), Lee, Fergusson, Dowell, Curling, Smith, Gosselin, Billroth) ; le rétrécissement voulu du rectum (Voilemier) ; les injections caustiques parenchymateuses (Blackwood, Everète) ; la torsion et l'énucléation (Hippocrate), etc., donnent une idée du nombre des essais qui ont été faits pour guérir des hémorroïdes.

Notre but n'est pas de comparer ces procédés entre eux.

Nous pensons seulement que si les meilleurs ont donné des succès, il ne faut pas oublier pour cela les insuccès ou les accidents qui leur sont imputables. — La ligature, la cautérisation, l'écrasement linéaire n'ont-ils pas souvent donné lieu à des suppurations prolongées, à des douleurs intolérables, à des abcès métastatiques, à des phlébites ayant déterminé des embolies mortelles, à des hémorragies secondaires, à des rétrécissements de l'orifice anal. Ajoutez à cela les récidives fréquentes et la lenteur du traitement. Il était donc légitime après avoir tant cherché de chercher encore. Il appartenait au chirurgien américain Whitehead de trouver un procédé paraissant pouvoir répondre à tous les desiderata.

Il nous semble donc que l'opération proposée et pratiquée avec plein succès en Amérique, par Whitehead, en 1882, préconisée plus tard et exécutée avec le même bonheur par M. le professeur Delorme, en France, met à l'abri des reproches que l'on peut faire aux méthodes anciennes.

S'appuyant sur le décollement facile de la muqueuse, ces deux chirurgiens en extirpent toute la portion qui adhère au paquet variqueux ; cela fait, ils l'abaissent et la suturent à la marge de l'anus.

A une muqueuse pathologique on a ainsi, par ce procédé, substitué une muqueuse saine.

La guérison est cette fois bien radicale. Quoique l'opération nécessite une certaine dextérité de main, on arrive à bout des difficultés avec un peu d'exercice. Du reste, ce ne sont pas ces considérations qui peuvent prévaloir contre la valeur du procédé Whitehead-Delorme.

Les opérations que nous avons vues pratiquer par le chirurgien du Val-de-Grâce et les résultats excellents qui ont suivi nous ont engagé à prendre le procédé nouveau comme sujet de notre thèse inaugurale.

Ce travail a été fait sous l'inspiration de M. Delorme. L'éminent professeur, non seulement a mis généreusement à notre disposition les intéressantes observations de ses opérés, mais il a poussé la courtoisie jusqu'à nous prêter son savant et précieux concours pour la rédaction de certains passages de notre thèse.

Nous ne saurions trop le remercier de sa délicate attention et nous le prions de voir, dans la dédicace que nous lui faisons de ce travail, l'hommage le plus sincère de notre profonde reconnaissance.

Nous nous souvenons agréablement des conseils utiles que notre ami, le docteur J. Matignon, nous a donnés sans compter.

Nous croirions manquer de gratitude, si nous n'adressions aujourd'hui nos remerciements à nos anciens maîtres, aussi dévoués que savants, qui ont nom : Potain, Kirmisson, Th. Anger, Auguste Ollivier, Porack, Pinard.

Enfin, que M. le professeur F. Terrier, notre dernier maître dans les Hôpitaux, nous permette de lui redire que nous nous efforcerons de conserver précieusement la tradition et le souvenir de son savant enseignement chirurgical à l'hôpital Bichat.

En acceptant aujourd'hui la présidence de notre thèse, notre maître ajoute une nouvelle preuve de sa bienveillance à celles déjà si nombreuses dont il nous a honoré.

Historique — Origine du nouveau procédé

1^{re} manière et 2^e manière de Whitehead

L'idée d'aller exciser avec le bistouri les paquets variqueux plus ou moins saillants dans la cavité du rectum est ancienne. Ne devait-elle pas tenter en effet tout chirurgien digne de ce nom par les avantages évidents et immédiats qu'elle présente ? Avec l'instrument tranchant, l'ablation des hémorroïdes est rapide, peu douloureuse et parfaite en ce sens qu'on peut enlever avec une rigueur quasi mathématique toutes les parties que l'on juge malades. Le bistouri permet même, à mesure que l'on incise, d'apprécier l'état d'intégrité de la région bien mieux qu'on ne pourrait le faire par n'importe quel autre procédé : l'opération se fournit à elle-même, pour ainsi dire, des indications très sérieuses.

Les tentatives dans cette voie qui eurent le plus de retentissement furent celles du grand chirurgien anglais A. Cowper ; mais elles furent rapidement abandonnées pour des raisons faciles à comprendre.

En effet, pour que l'excision avec le bistouri fût acceptable, il aurait fallu des conditions que ne présentait pas la chirurgie à cette époque, c'est-à-dire : une connaissance anatomique parfaite de la région malade, l'anesthésie qui permet d'opérer sur le vivant comme sur le cadavre, ce qui est très important pour une région aussi sensible que le rectum enflammé, d'autant qu'il faut vaincre au préalable la résistance du sphincter de l'anus ; des moyens d'hémostase sûrs et

rapides que nécessite absolument la vascularité considérable de la partie inférieure du rectum, enfin et surtout une antiseptie rigoureuse capable de mettre le chirurgien à l'abri de toute inflammation consécutive des veines hémorroïdales dont le pronostic est si grave. La suppuration expose en effet aux hémorrhagies secondaires, aux phlébites, aux embolies, à la septicémie, à la formation d'abcès plus ou moins volumineux. Aussi les divers procédés de traitement des hémorroïdes se sont-ils longtemps ressentis des craintes qu'inspiraient à l'opérateur les dispositions anatomiques de la région, et ce n'est qu'en 1882 qu'a été inventé un procédé plus conforme à l'état actuel de la chirurgie.

A cette date, Whitehead, l'inventeur de la méthode nouvelle, fit paraître dans le *British Medical Journal*, un article que nous allons traduire. « Le but de l'opération est d'enlever du segment inférieur du rectum les vaisseaux dilatés et tortueux ainsi que les parties avoisinantes hypertrophiées et indurées par un processus d'exsudation chronique. Les produits pathologiques sont situés en dehors de la muqueuse et sur la face interne du sphincter. Le procédé nouveau se propose d'en débarrasser l'orifice anal, où ils gênent la défécation et amènent des contractions spasmodiques, périodiques et très douloureuses. De nombreux procédés ont été proposés pour atteindre ce but ; mais ils s'accompagnent de mesures qu'on hésiterait à prendre pour des tumeurs beaucoup plus considérables ; or, les excuses qu'on invoque reposent sur les timidités et les fautes d'une époque déjà lointaine. Durant ces cinq dernières années, j'ai pratiqué l'excision des hémorroïdes d'après un plan qui me paraît mieux en harmonie avec la chirurgie moderne que les opérations auxquelles je faisais allusion tout à l'heure, et j'ai délaissé ces cautères et ces instruments dont je ne croyais pas pouvoir me passer jusque-là.

Le cas suivant, choisi entre un grand nombre, montrera, je l'espère, la manière de conduire l'opération et les principes sur lesquels elle est fondée; beaucoup mieux que ne pourrait le faire une longue description.

En juin 1880 je voyais, sur la demande du docteur Lech, une dame de robuste apparence et qui souffrait depuis 9 ans de la présence d'hémorroïdes internes. On lui avait proposé il y a 7 ans de l'opérer, mais un sentiment de pudeur l'avait empêchée de suivre ce conseil. L'existence lui était devenue à charge à cause des précautions minutieuses que nécessitent les hémorroïdes. Son intelligence était troublée par les préoccupations incessantes que lui donnait sa maladie. A la fin, elle se décida à recourir à n'importe quel traitement capable de la soulager. On prit la décision d'exciser les hémorroïdes, on fixa le jour de l'opération et on prépara la malade à la subir par des soins commandés par les circonstances. On chloroformisa la malade et on la mit dans la position de la taille; on dilata le sphincter en y introduisant les 2 pouces qui agirent dans toutes les directions afin de faire céder toute résistance et de réduire l'anneau musculaire à un rôle purement passif. Nous fîmes ensuite prolaber le paquet hémorroïdal en abaissant la cloison recto-vaginale avec deux doigts introduits dans le vagin; les hémorroïdes ressemblaient comme forme et comme volume à de petites tomates; elles formaient 4 masses distinctes, inégales; on les divisa en 4 segments par des incisions longitudinales; cela fut fait sans perdre une goutte de sang; puis chaque lambeau fut saisi avec une pince et disséqué de bas en haut depuis les limites de la peau jusqu'à un point complètement dépourvu de veines variqueuses, c'est-à-dire à peu près dans une étendue de 1 centimètre $1/2$. On détermina ainsi la formation d'un segment quadrilatère portant en bas les hémorroïdes et

se terminant en haut par de la muqueuse saine. Les lambeaux furent sectionnés à leur limite supérieure.

Les hémorroïdes ne tenaient plus ainsi au rectum que par quelques brides celluleuses qu'on rompit par traction en arrachant le lambeau avec des pinces. Le reste de la muqueuse fut ensuite abaissé et fixé à la peau de l'anüs par des points de suture au fil d'argent. On répéta la même manœuvre pour tous les lambeaux. Quand l'opération fut terminée, on avait à peine perdu deux onces de sang.

La guérison fut complète et permit à la malade de reprendre ses occupations domestiques.

L'opération est basée sur des principes qu'il est peut-être bon de rappeler. Elle est fondée tout d'abord sur cette disposition des vaisseaux rectaux démontrée depuis longtemps par Quain, à savoir que les artères de la partie inférieure du rectum descendent verticalement et parallèlement entre elles vers l'anüs, dans la couche celluleuse interposée entre la tunique musculaire et la muqueuse ; il est donc facile de pratiquer la torsion.

D'autre part, le sphincter, cause toute puissante des hémorroïdes, agit défavorablement en emprisonnant le sang d'une hémorrhagie secondaire, car ce sang détermine des contractions spasmodiques très douloureuses. La dilatation forcée de l'anüs empêche cette rétention et ôte à l'hémorrhagie secondaire toute importance ; enfin *les artères peuvent être liées ou tordues sans difficulté.*

Dans un rectum sain, les adhérences de la muqueuse avec la tunique musculaire sont lâches et il est facile de les séparer l'une de l'autre. On peut donc faire descendre la muqueuse et protéger ainsi la perte de substance qui sans cela aurait été irritée par les matières fécales. On obtient ainsi une réunion immédiate. » L'auteur dit que la crainte d'un rétrécissement consécutif est imaginaire quand la peau n'a

pas été touchée. Les cas observés démontrent l'exactitude de cette affirmation.

Le procédé de Whitehead ne fit point d'abord tout le bruit qu'on aurait pu supposer, et c'était facile à prévoir, car non seulement il offrait certaines difficultés d'exécution, certaines complications opératoires que l'auteur a supprimées plus tard, mais encore il avait à lutter contre des habitudes invétérées depuis de longues années, habitudes que paraissaient justifier des interventions souvent loin d'être malheureuses. Néanmoins, la communication que le chirurgien américain fit paraître dans le *British Medical Journal*, en 1887, ne passa pas inaperçue. Whitehead y explique les raisons qui l'ont conduit à abandonner les anciens procédés. « Pendant les 5 premières années de ma pratique, j'employai la ligature dans quelques cas où les hémorroïdes avaient déterminé des symptômes sérieux. J'opérais suivant les meilleures méthodes connues à cette époque, coupant entre la peau et la muqueuse et appliquant la ligature au pédicule ainsi artificiellement déterminé.

Les opérations de ce genre que j'ai entreprises ne dépassent pas la douzaine, mais elles suffisent à me prouver que la ligature n'était rien moins qu'un traitement radical. Un de mes malades eut une récurrence qui le ramena à peu près au même état qu'auparavant ; chez un autre, les résultats obtenus furent loin d'être satisfaisants. » Plus loin le même chirurgien ajoute : « Après avoir abandonné la ligature, je recourus au clamp et au thermocautère. Mes tentatives au nombre de plus de cinquante me prouvèrent que ces procédés étaient décidément inférieurs à la ligature. Les dangers immédiats étaient plus grands et les récurrences plus nombreuses. Les hémorrhagies secondaires étaient certainement plus fréquentes et dans certains cas elles étaient pour ainsi dire plus abondantes qu'avec la simple incision au bistouri,

telle qu'on la pratiquait autrefois sans cérémonie aucune. Et cependant, ces cas dont j'ai été témoin avaient été opérés par des chirurgiens justement célèbres dans le traitement des hémorroïdes. » — Les méthodes opératoires manquant leur but et exposant en outre à des accidents nombreux, Whitehead se décida à employer un procédé, en apparence plus hardi, mais, nous dit-il, beaucoup plus rationnel, c'est-à-dire l'extirpation de la portion de la muqueuse dont les veines sont devenues variqueuses. » En effet, il ajoute : « Je ne crois pas qu'un chirurgien puisse se faire une idée exacte des hémorroïdes s'il n'en a pas pratiqué l'excision sur le vivant. Il aura pu les disséquer autant de fois qu'on voudra sur le cadavre pour en reconnaître la structure, mais ce n'est que sur le vivant qu'il en découvrira la véritable nature. Ce sont ces sortes de vivisections qui m'ont démontré toute l'insuffisance de la ligature et du clamp, et m'ont fait comprendre la cause des récidives. Dans la littérature chirurgicale, on entend parler de paquets variqueux distincts ; mais sur le vivant on s'aperçoit très bien que le plexus veineux qui entoure ces paquets n'est pas normal. Certes, les hémorroïdes se révèlent par des bosselures distinctes en certains points et présentant une disposition assez régulière, à cause probablement de la structure du septum cellulaire. Mais le fait essentiel c'est que l'on trouve, dissimulées, il est vrai, par ces masses, de nombreuses petites veinules variqueuses, en arrière et sur les côtés des hémorroïdes. Elles sont aussi petites que l'ont été jadis les grosses veines variqueuses actuelles. Si on enlève celles-ci par le clamp ou la ligature, les veinules se dilatent et prennent bientôt le rôle que jouaient les masses variqueuses dont l'ablation leur a laissé la place nécessaire à leur développement. *« C'est l'ablation de ces veinules qui seule assure la guérison définitive du malade. »*

Le procédé inventé par Whitehead, que nous esquisserons

plus loin, a donné à son auteur des résultats excellents: « J'ai opéré, dit-il, à l'heure actuelle, plus de trois cents patients sans avoir eu un cas de mort, ni d'hémorrhagies secondaires. Je n'ai pas observé non plus d'ulcération, d'abcès, de sténose consécutive de l'orifice anal, ni d'incontinence de matières fécales. »

Voici la nouvelle façon de faire de Whitehead :

1° On désinfecte la région. Le malade, complètement anesthésié, est placé sur une table haute et étroite, dans la position de la taille, et maintenu en place par 2 aides ou par l'appareil de Criver.

2° Dilatation digitale du sphincter, qui est complètement paralysé par la distension ; cela permet le prolapsus de la muqueuse et des hémorroïdes sans qu'il se produise le plus léger obstacle.

3° Section de la muqueuse au niveau de son union avec la peau, dont on suit les moindres méandres.

4° On met rapidement à nu les sphincters externe et interne ; on sépare les hémorroïdes de la couche celluleuse sur laquelle elles reposent ; on décolle la muqueuse ; on sectionne les quelques points résistants et on amène le tout en dehors de la limite où s'est faite l'incision.

5° La muqueuse est alors excisée en plusieurs temps dans une direction transversale et on l'unit à mesure qu'on l'incise, au bord libre de la peau, par un nombre suffisant de sutures. *On enlève ainsi un cylindre complet d'hémorroïdes avec la muqueuse y attachant.*

6° Sauf le chloroformisateur, les autres aides n'ont pas besoin d'une éducation spéciale.

Whitehead a préféré la position de la taille, parce qu'il peut surveiller plus facilement tout le champ opératoire ; il ne conseille pas l'emploi des dilateurs mécaniques, car ils favorisent le prolapsus, exposent aux ruptures et à l'incontinence

d'urine. Avec les doigts en cône on surmonte facilement toute résistance, on gradue mieux et plus uniformément la pression exercée, ce qui fait que les fonctions du sphincter réapparaissent rapidement. Il faut avoir bien soin de respecter la peau et de disséquer de bas en haut. D'ailleurs, les adhérences du paquet hémorroïdal avec le sphincter sont très légères, de sorte qu'il se sert souvent de ses ongles ou d'un instrument mousse pour vaincre les résistances.

La torsion suffit dans tous les cas, même dans les plus graves. Pas d'éponge ; gaze phéniquée ou autre. Avant de réunir les surfaces on insuffle sur elle de la poudre d'iodoforme qui facilite l'hémostase et favorise ainsi la réunion par première intention. On fait les sutures avec de la soie phéniquée. Il est inutile de se préoccuper des fils : ils tombent d'eux-mêmes. Suppositoire belladonné dans le rectum et poudre d'iodoforme finement pulvérisée, tampon et bandage en T pour maintenir le tout en place. Chez les sujets très nerveux on peut mettre un petit sac de glace sur l'anus. Le malade se lève au bout de 14 jours et un jour plus tard (le 15^e) il peut vaquer à ses occupations.

Les suites opératoires sont très simples ; parfois les malades ressentent quelques douleurs de reins qu'un changement de position fait disparaître. Parfois aussi il y a de la gêne dans l'émission de l'urine au point, dans quelques cas, de nécessiter le cathétérisme, mais c'est là une complication qui ici est beaucoup plus rare qu'avec les autres méthodes. La guérison est beaucoup plus radicale et les dangers à courir semblent beaucoup plus faibles ainsi que les malaises que ressentent les malades après l'opération ; quant à la perte de sang pendant la durée de l'excision et de la suture, elle est si faible qu'il ne vaut pas la peine d'en parler. — Sur 300 cas, pas un accident sérieux.

Les idées de Whitehead rencontrèrent un adversaire résolu dans le célèbre chirurgien de New-York, Kelsey, qui en 1888 fit paraître dans le *New-York medical Record* un article dans lequel il attaquait violemment les idées nouvellement émises. Il insinua que les insuccès de Whitehead avec la ligature et le clamp étaient dus à ce que ce chirurgien ne s'était pas suffisamment familiarisé avec ces méthodes opératoires et que les accidents et les récidives étaient beaucoup plus rares qu'il n'avait dit. Kelsey, tout en rendant justice à l'ingéniosité de Whitehead, déclare que son procédé est d'une exécution difficile et qu'il expose à d'abondantes hémorrhagies ; enfin l'opération demanderait un temps considérable. Les accidents post-opératoires seraient plus fréquents que ne dit Whitehead, et il a vu en particulier, dans un hôpital de New-York, une femme opérée par la nouvelle méthode présenter une ulcération annulaire de l'anus qui ne s'était pas encore cicatrisée au bout de plusieurs mois.

Whitehead répondit à son contradicteur d'une façon également vive et joua à Kelsey le mauvais tour de citer Kelsey lui-même. Ce chirurgien en effet avait signalé dans son traité sur les maladies du rectum combien sont graves et nombreux les accidents déterminés par le clamp et la ligature. Kelsey avait signalé comme dangers post-opératoires à redouter les hémorrhagies secondaires, les abcès, les phlébites, les embolies, la septicémie, la lenteur parfois extrême de la guérison, enfin des douleurs violentes et tenaces qui entretiennent pendant longtemps l'insomnie. D'ailleurs, ajoute Whitehead, Kelsey change souvent d'opinion puisqu'il abandonne maintenant de la façon la plus formelle les injections phéniquées interstitielles qu'il prisait si fort jadis. Whitehead répète qu'il n'a point eu d'accidents dans plus de 300 cas opérés par lui et que sa méthode n'exige pas le moins du monde toute l'habileté dont parle Kelsey. Il affirme qu'en prenant les

précautions qu'il a indiquées les pertes de sang sont véritablement insignifiantes.

A côté de détracteurs tels que Kelsey, Whitehead trouva en Amérique des partisans résolus; parmi ceux-là nous citerons Weir et Pilcher.

Nous avons cherché à montrer l'origine et l'évolution du procédé chirurgical qui fait l'objet de notre étude; puis nous avons esquissé rapidement les deux façons d'opérer de Whitehead. M. le professeur Delorme s'est surtout inspiré de la première manière du chirurgien américain; mais, en précisant les moindres détails, avant, durant et après l'opération, il a rajeuni le procédé et se l'est en quelque sorte approprié comme on va le voir dès les pages suivantes.

Manuel opératoire de M. Delorme ¹

Le manuel opératoire de M. Delorme n'est pas très différent de celui de Whitehead. L'opération telle qu'il la pratique semble au premier abord d'une extrême facilité. Mais quand on en suit avec attention tous les détails, on voit qu'elle nécessite des précautions un peu spéciales, l'habitude de s'y reconnaître dans une région dont les plans sont masqués par le sang. L'opérateur ne doit pas chercher à aller vite ; il faut une grande attention, surtout pour les vieilles hémorroïdes, sans quoi un coup de bistouri ou de ciseaux donné imprudemment expose à la lésion du sphincter, lésion dont les conséquences postérieures pourraient être des plus graves, irréparables même.

Avant de les opérer, M. Delorme « prépare » ses malades.

A cet effet, durant les 4 ou 5 jours qui précèdent l'opération, le malade est purgé deux fois. La région du pubis et de l'anus est rasée l'avant-veille de l'opération ; la verge est l'objet d'un soin tout particulier au point de vue de la propreté et la région anale ainsi que les parties voisines sont recouvertes d'un pansement au sublimé. Également l'avant-veille de l'opération, plusieurs lavements boriqués ; la veille on donne un bain et de nouveaux lavements boriqués ; le

1. La rédaction de ce chapitre est due en grande partie à notre camarade le docteur J.-J. Matignon, chef de clinique à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

matin même, trois lavements boriqués et un lavement de vaseline boriquée. Grâce à ces lavages antiseptiques qui, au premier abord, peuvent paraître exagérés, on est assuré ainsi de la propreté du tube digestif et le chirurgien est sûr d'éviter l'infection de la plaie par les matières fécales. Il est arrivé plusieurs fois à M. le professeur Delorme, au cours de l'opération, d'avoir une issue assez abondante de matières fécales qui n'avaient pas été rendues avec les derniers lavements, mais grâce à ces précautions préliminaires les selles étaient assez antiseptiques pour que ce contre-temps n'ait pas compromis la réunion par première intention.

Si, d'une façon générale, un bon chloroformisateur est un auxiliaire précieux au chirurgien, ici il lui est indispensable, car les efforts de vomissement augmentent la quantité de sang qui gêne surtout pendant le premier temps de l'opération, et pourrait exposer à la blessure du muscle sphincter et plus tard à la déchirure de la muqueuse. Le relâchement le plus parfait doit être obtenu; aussi M. Delorme n'hésite-t-il pas à suspendre momentanément son opération dès que l'hypnose semble ne plus être complète.

Le malade est placé dans la position de la taille, le siège relevé par des draps repliés. Certains chirurgiens ont pour ces opérations maintenu leurs patients dans cette attitude au moyen de bras articulés, analogues à ceux de table de gynécologie. M. Delorme se contente de ses aides. C'est du reste là un principe de ce chirurgien, de ne jamais compliquer l'instrumentation, et d'opérer de la façon la plus simple.

Le malade étant couché, les fesses débordant la table d'opération, deux aides appuient solidement sur les épines iliaques antérieures et supérieures et deux autres tiennent les jambes fléchies sur les cuisses, lesquelles sont également fléchies sur le bassin et portées en abduction avec une légère rotation en dehors.

L'opérateur est assis en face de la région où va porter l'intervention ; *il n'a qu'un aide placé à sa gauche.*

L'opération comprend 4 temps :

- 1^o *Dilatation du sphincter.*
- 2^o *Incision circulaire de la muqueuse au pourtour de l'anus et dissection du manchon muqueux jusqu'au dessus du bord supérieur du sphincter interne.*
- 3^o *Incisions longitudinales pour former 4 lambeaux.*
- 4^o *Sutures de la muqueuse à la peau.*

1^o *Dilatation du sphincter.* — Ce premier temps est absolument indispensable pour pénétrer dans l'anus et surtout pour décoller la muqueuse. M. Delorme la pratique avec les deux pouces introduits dans l'orifice anal et écartés progressivement, mais avec force, l'un de l'autre. Pour être sûr d'avoir une dilatation bien complète il pratique une seconde fois la distension. Il n'est pas rare de voir le patient, qui semblait cependant bien endormi, faire alors des mouvements assez violents. Le sphincter étant paralysé par cette énergique traction sur ses fibres, la muqueuse et les veines variqueuses pourront être facilement attirées en bas. Bien mieux dans certains cas d'hémorroïdes encore peu anciennes, c'est-à-dire n'ayant pas amené d'altérations très profondes de la muqueuse et des adhérences de celle-ci avec les plans sous-jacents, on voit le paquet hémorroïdaire prolaber spontanément. Le plus souvent ce paquet augmente ; il peut même arriver que, chez certains opérés chez lesquels les hémorroïdes externes étaient à peine visibles et les hémorroïdes internes peu sensibles au toucher, on ne se rende bien compte de l'étendue et du volume des lésions qu'après cette dilatation.

Nous rapportons plus loin une observation qui montre bien l'utilité de cette dilatation. Il s'agit d'un jeune soldat porteur d'hémorroïdes internes volumineuses et procidentes. Or, au

moment de l'opération le paquet variqueux ne paraissant pas, un certain nombre des auditeurs du professeur Delorme parurent étonnés qu'on pratiquât une opération sur un anus qui semblait absolument sain. Mais aussitôt que la dilatation eut été pratiquée, un bourrelet hémorroïdaire du volume d'une mandarine vint faire hernie entre les lèvres de l'anüs. Ce fait est tellement typique que nous avons tenu à le citer; il nous dispense de tout commentaire!

2° *Incision circulaire de la muqueuse.* — Cette incision est faite soit au niveau même du limbe muqueux, soit plutôt un peu en dehors, c'est-à-dire empiétant de quelques millimètres sur la peau; tout dépend du volume des hémorroïdes externes et de l'état de la peau péri-anale. Quand celle-ci est altérée, mince, doublée, soulevée par des paquets hémorroïdaires externes procidents, M. Delorme ne craint pas de porter l'incision externe aux limites de la peau altérée pour être bien sûr d'éviter toute récurrence. Cependant, le sacrifice de la peau ne dépasse jamais guère 5 à 6 millimètres. Un point intéressant à noter, c'est qu'il est utile de commencer l'incision circulaire par une hémisection inférieure ou par la partie la plus basse d'une hémisection latérale. De cette façon, étant moins gêné par le sang, on n'est pas exposé à pratiquer une section irrégulière comme on le ferait si on commençait autrement son incision. Est-il besoin de faire observer qu'ici plus qu'ailleurs, en raison de la dépressibilité de la peau doublée le plus souvent d'hémorroïdes externes, il est nécessaire de la bien tendre avant de la sectionner. L'écoulement de sang qui résulte de la section est rarement considérable.

L'incision faite, le temps difficile de l'opération va maintenant commencer. Il s'agit de décoller le manchon muqueux des muscles sphincters externe et interne. Toute l'attention du chirurgien doit se porter vers le sphincter qu'il ne faut

pas blesser. C'est un point d'une haute importance sur lequel ont insisté Whitehead, Pilcher, et sur lequel M. Delorme attirait récemment encore l'attention de ses élèves ¹. Ce sphincter, en effet, qui avant distension formait un anneau facile à reconnaître, perd parfois, en certains points, ses caractères après dilatation.

La dilatation du sphincter ne consiste donc pas simplement à introduire les deux pouces dans l'anus et à les écarter avec force. Il faut savoir régler le travail des doigts ; autrement on s'expose à provoquer dans les muscles des délabrements tels que l'opérateur ne pourra plus le distinguer sous la muqueuse et le coupera probablement avec le bistouri ou les ciseaux. M. Delorme s'est même demandé s'il ne serait pas préférable, au lieu de s'adresser à la dilatation, de recourir à l'incision portée en arrière, quitte à suturer les 2 surfaces cruentées après l'opération avec un ou deux fils à anses.

En principe, d'après Whitehead, la séparation de la muqueuse doit se faire sans le secours de l'instrument tranchant. Théoriquement, la chose semble vraie et rien ne paraît plus facile que de passer entre la muqueuse et le sphincter externe. Mais il n'en est pas toujours ainsi et M. Delorme a dû recourir plusieurs fois à l'instrument tranchant.

En général, le chirurgien commence à séparer le manchon muqueux sur le bord antéro-latéral droit de l'anus. Par de petits coups de pointes de ciseaux, il dégage le tissu hémorroïdaire de la surface et du bord interne du sphincter externe. Quand il est arrivé là, il met de côté l'instrument tranchant et se sert soit de ses doigts, soit de l'extrémité mousse des ciseaux, pour achever le décollement.

La séparation de la muqueuse de la face postérieure de l'anus est un peu moins facile que celle des autres points,

1. Ed. Delorme, *Clinique chirurgicale* (inédite).

soit que les adhérences plus intimes, soit que l'attitude du chirurgien viennent compliquer ce temps de l'opération.

Au fur et à mesure que la muqueuse est libérée, elle est saisie par une pince à forcipressure et quand le décollement est pratiqué sur tout le pourtour de l'anus, 12 à 15 pinces sont appendues à l'extrémité inférieure du manchon muqueux.

Ainsi, incision circulaire, libération immédiate de la muqueuse à ce niveau, tels sont les premières phases du 2^e temps de l'opération. Il faut maintenant séparer la muqueuse du muscle jusqu'au-dessus du bord supérieur du sphincter interne. C'est ici le lieu de remarquer que celui-ci se distingue du sphincter externe par la coloration blanc rosé et la direction circulaire de ses fibres épaisses de quelques millimètres seulement ; comme il est appliqué plus directement sur le manchon rectal, il faut en suivre de très près la paroi pour éviter de le blesser. Son dégagement s'effectue ordinairement avec l'extrémité mousse des ciseaux, les pinces dérapant si on s'en sert pour attirer la muqueuse.

Pour ne pas blesser le muscle ou tout au moins pour diminuer les chances de le blesser, il est bon de diriger l'extrémité de l'instrument tranchant, non du côté du muscle, mais du côté du manchon muqueux. Il faut déchirer sur celui-ci les tractus qui le réunissent au muscle ; à cet effet, un doigt de la main gauche, l'index, est introduit dans l'anus, le pouce tient la portion de la muqueuse déjà libérée et la tend sur la pulpe de l'index sur laquelle elle se réfléchit.

Le chirurgien a ainsi sous les yeux le champ opératoire et peut donner de petits coups de ciseaux d'une façon beaucoup moins aveugle.

L'hémorragie n'est notable que pendant le dégagement du sphincter externe. Après elle est insignifiante. La perte de sang n'est donc jamais bien considérable, et comme il serait impossible à l'opérateur d'arrêter le sang sans le gêner pour

son opération, le mieux est de passer outre, à moins que le sang ne provienne d'une veine volumineuse ou d'une artère dont les jets sont visibles, auquel cas des pinces seraient appliquées sur les vaisseaux.

C'est surtout dans les cas de vieilles hémorroïdes que l'hémorrhagie est à craindre ; les veines variqueuses à parois particulièrement friables se rompent d'autant plus facilement qu'elles ont contracté des adhérences plus profondes. Nous ne croyons pas que la simple torsion puisse toujours arrêter le sang comme le pensait Whitehead. La chose est vraie pour une hémorrhagie artérielle, mais elle n'est plus exacte pour ces veines qui restent béantes et réclament la ligature. Cependant, la muqueuse, peu à peu détachée des sphincters, armée à son extrémité inférieure d'une série de pinces, est attirée hors de l'anus sous forme d'un manchon presque régulier mais tomenteux, congestionné, érectile à sa face externe.

La séparation de la muqueuse est moins laborieuse au niveau du sphincter interne qu'au niveau du sphincter externe. Du reste, l'explication en est facile ; grâce à la distribution anatomique des veines, l'abondance des hémorroïdes est moins considérable dans la partie supérieure que dans la partie inférieure de l'anus.

A quel moment doit-on arrêter le décollement de la muqueuse ? Certains auteurs seraient d'avis de cesser dès qu'on arrive au niveau du bord supérieur du sphincter interne. M. Delorme s'y arrête d'habitude ; mais quelquefois il ne voit aucun inconvénient à remonter à 1 ou 1 centimètre $1/2$ au-dessus. Il procède de la sorte quand, après inspection de la muqueuse, il constate que celle-ci est altérée au-dessus des limites du bord supérieur de ce sphincter. Avant tout, en effet, il faut obtenir un manchon rectal assez résistant pour que les fils ne puissent altérer la muqueuse, ce qui nuirait à la solidité et à la régularité de l'adhérence du manchon muqueux à

la peau. Si, comme dans le cas d'hémorroïdes anciennes, mal soignées, procidentes, irréductibles, compliquées de rectite, on est obligé malgré soi, de s'arrêter au-dessous du sphincter interne, en pleine muqueuse malade, on est obligé pour obtenir cette adhérence que les altérations de la muqueuse rendent difficile, de s'adresser à une petite modification opératoire qui permet de se mettre à l'abri de l'ulcération par les fils et du dérapement de la muqueuse.

3° *Incisions longitudinales pour former 4 ailerons et sections transversales de ces derniers.* — Quand le décollement du manchon est bien assuré, l'aide et l'opérateur prennent dans leurs mains les pinces à forcipressure qui sont placées à l'extrémité du manchon, les écartent, et le rectum prolabé prend un aspect infundibuliforme.

On pourrait à ce moment réséquer la partie de la muqueuse qui sort hors du sphincter externe. Mais ce procédé opératoire n'aurait que des inconvénients, car la muqueuse ainsi sectionnée remonterait; et pour la ressaïssir, non sans difficulté, on serait obligé d'appliquer des pinces hémostatiques au-dessus et au niveau de la surface de section qui contusionneraient la région et compromettraient l'exacte réunion à la peau. Aussi, pour parer à cet accident, il est indiqué de couper le manchon rectal en 4 parties bien égales qui, rabattues, forment 4 ailerons. Les sections sont faites aux extrémités de deux diamètres antéro-postérieur et latéro-latéral de l'anus. Ces sections s'exécutent après l'application de 2 pinces hémostatiques placées de chaque côté du point où doit porter l'incision. Ces pinces saisissent la muqueuse entre leurs mors jusqu'à quelques millimètres du sommet du manchon rectal. La muqueuse est coupée avec les ciseaux entre les deux pinces, et quand les 4 ailerons sont ainsi formés, 8 pinces à forcipressure pendent encore à l'orifice anal. Ces ailerons sont : deux antérieurs et deux postérieurs.

La création de ces ailerons s'accompagne souvent d'une petite hémorrhagie. Il y a en effet, en général, 4 à 5 petites artérioles qui sont coupées; or, si elles n'ont pas été suffisamment serrées entre les mors de la pince avant la section de la muqueuse, le sang peut s'échapper, incident qui ne retarde en rien l'opération.

4° *Suture de la muqueuse à la peau.* — Ces sections faites, l'opérateur place alors 4 fils *de soie en anse* à quelques millimètres en arrière de la terminaison de chaque incision longitudinale. Ces fils, qui prennent appui sur la peau et sur la muqueuse, sont des *fils de sûreté* qui ne risquent pas, comme les fils à *points passés*, d'ulcérer la muqueuse et qui résisteront sûrement aux efforts de traction du releveur de l'anus.

Voici comment ces fils en anse sont appliqués: L'aide saisissant les pinces placées de chaque côté de la section médiane supérieure attire le manchon muqueux. L'une des deux aiguilles montées sur le même fil de soie traverse la muqueuse de dedans en dehors, à quelques millimètres en arrière de la ligne d'incision et au-dessus des pinces, puis elle perfore la peau en un point symétrique, en évitant de traverser le sphincter. La deuxième aiguille reproduit la même manœuvre et les deux chefs du fil sont noués sur la peau. Les autres fils en anse sont disposés de la même façon à la base de la section médiane postérieure et à la base des sections latérales. M. le professeur Delorme attribue avec juste raison une grande importance à cette suture. C'est une sorte de suture profonde qui renforce d'une façon considérable les sutures superficielles. Mais, fait important, les fils de cette suture ne doivent absolument pas traverser le sphincter. Ils glissent dans l'espace muco-musculaire. Dans certains cas d'hémorroïdes peu anciennes, à muqueuse encore saine, on pourrait peut-être se dispenser de cette

suture. (Nous ne voyons du reste pas pourquoi on n'aurait pas toujours recours à ce « temps de sûreté » qui ne prolonge pas l'opération d'une minute.)

En tous cas, il est incontestable que dans les vieilles hémorroïdes qui ont amené une friabilité spéciale de la muqueuse, qui se coupe facilement sous le fil de ligature, l'affrontement obtenu par les sutures superficielles serait insuffisant. Le moindre effort de toux ou de défécation intempestif ferait rompre un certain nombre de points de suture ; la muqueuse remonterait partiellement dans l'anus et la guérison s'obtiendrait par la formation de tissu de cicatrice, résultat absolument opposé à celui qu'on se propose dans cette opération. Et ce que nous disons de cette friabilité de la muqueuse n'est pas une simple vue de l'esprit ; elle a été constatée chez un opéré de M. Delorme et sûrement sans les sutures profondes d'appui, jamais la guérison parfaite sans cicatrice, que nous avons constatée 2 mois 1/2 après l'intervention, n'aurait pu être obtenue.

Quand les fils de la suture profonde ont été solidement serrés, le chirurgien attirant l'aileron avec les pinces placées sur ses bords, traverse avec 5 à 6 fils la peau à 3 ou 4 millimètres en dehors de la section. Ces fils pénètrent la muqueuse de dehors en dedans en des points symétriques à 3 ou 4 millimètres en deçà du point où celle-ci sera réséquée. Les fils étant étendus, l'opérateur résèque la muqueuse aux ciseaux ou au bistouri.

Il est procédé de la sorte pour les trois autres ailerons.

Il est toujours nécessaire de placer quelques sutures superficielles supplémentaires, surtout au niveau des points où se terminent sur la muqueuse les incisions longitudinales dont il a été parlé plus haut.

Les fils de suture étant coupés et la toilette de la région faite, un nouvel anus totalement différent se présente au chi-

rurgien. La muqueuse est rose, offre même dans certains cas des plis radiés, car à la fin de l'opération le sphincter commence déjà à revenir sur lui-même.

Ce résultat immédiat est excellent.

Le résultat définitif est non moins bon, comme le démontrera la lecture des observations uniquement dues à M. le professeur Delorme, et que nous rapportons à la fin de ce travail.

Nous ne pouvons rien dire d'exact au point de vue de la durée de l'opération. M. Delorme met en moyenne une heure pour pratiquer cette cure radicale. Il est vrai qu'il opère devant de nombreux élèves et qu'il est obligé d'expliquer les divers temps de l'opération. Du reste, ce chirurgien ne tient pas à aller vite, justement convaincu qu'ici une opération faite trop rapidement sera à coup sûr mauvaise. C'est une opération délicate ; il faut sculpter par endroit et nous savons que l'art doit être patient.

En somme, l'opération consiste dans la section circulaire de la muqueuse au pourtour de l'anus ; dans l'ablation du manchon rectal doublé de ses hémorroïdes, surtout au niveau du sphincter externe avec conservation intégrale de ce sphincter et du sphincter interne ; dans la réunion exacte de la muqueuse rectale sectionnée au-dessus du sphincter avec la peau. Cette réunion est effectuée par des *sutures à anses et à points passés*.

Pansement

Le pansement de M. Delorme est un pansement très soigné, très solide, qui doit être maintenu pendant 12 à 15 jours au moins en place, car, nous le verrons tout à l'heure, un des points sur lequel insiste tout particulièrement ce chirurgien est la constipation opiniâtre à laquelle il soumet ses opérés et sans le moindre préjudice, cela va sans dire, pour leur santé.

Le champ opératoire étant d'abord enduit de vaseline iodoformée, des compresses de gaze iodoformée et sublimée sèche sont appliquées en quantité notable sur la région de l'anus. Le bassin, le ventre, la racine des cuisses sont englobés dans une épaisse couche de ouate stérilisée et un vaste bandage en T maintient le tout en place. Cet appareil est constitué par deux bandages de corps auxquels est fixé une large compresse qui, rabattue d'arrière en avant, recouvre le périnée, la face antéro-interne des cuisses et adhère en avant aux bandages de corps. Au niveau du point où émerge la verge, une toile imperméable percée d'un orifice central est fixée aux bandages de corps par des épingles. Elle a pour but d'empêcher les dernières gouttes d'urine de traverser le pansement essentiellement fixe.

Comme le malade pourrait, par des mouvements intempestifs des membres inférieurs, produire des tiraillements sur les points de suture, M. Delorme s'assure d'une immobilité quasi-complète de ces membres en rapprochant les deux genoux et en les assujétissant ainsi que les jambes par un bandage ouaté. Le patient ne pourra faire que des mouvements simultanés de flexion et d'extension des cuisses sur le bassin, mouvements qui risqueront bien moins d'amener la rupture des points de suture que des mouvements alternatifs d'élévation et d'abduction.

Constipation de l'opéré

Dès que le malade est réveillé, on lui fait prendre une potion avec 40 gouttes de laudanum. Le 1^{er} tiers de la potion est pris sur le champ ; le 2^e tiers vers le milieu de la journée ; enfin, le dernier tiers, le soir. Le lendemain, une potion avec 30 gouttes de laudanum est prise encore en trois fois. Le surlendemain on donne 20 gouttes de laudanum puis on continue pendant 10 à 12 jours à administrer quotidiennement 15 à 20 gouttes de laudanum. Nous savons par constatation que les malades supportent très facilement cette constipation. Ils ont quelquefois, le 2^e jour qui suit l'intervention, des coliques dues à la rétention des gaz. Ces coliques cèdent à une dose un peu plus forte de laudanum. Aucune modification thermique ne se produit et les courbes de température que *nous aurions pu joindre* à notre travail montrent que le thermomètre oscille constamment entre 37° et 37°5 ; à peine une fois ou deux a-t-on noté 38° le soir de l'intervention. — Du reste, cette constipation si redoutée des médecins, en général, n'est pas pour M. Delorme un danger. Le chirurgien du Val-de-Grâce constipe systématiquement tous ses opérés de l'abdomen et n'a jamais eu à déplorer sa manière de faire. Malgré cette constipation intense à laquelle il soumet ses opérés, il ne craint point de les alimenter. Le régime carné est institué presque aussitôt après l'opération. Pendant deux jours seulement le patient est mis au bouillon et au lait.

Le laudanum doit être préféré aux pilules d'extrait d'opium qui ne déterminent pas une constipation aussi complète.

Il est cependant arrivé, comme on pourra le voir en lisant les observations relatées à la fin de ce travail, que malgré les doses assez élevées et continues de laudanum, M. Delorme n'a pas pu obtenir chez tous ses opérés la constipation qu'il aurait désirée.

Chez l'un d'eux (observation X), des coliques assez vives suivies de selles liquides se montrèrent au 4^e jour. Le pansement fut refait, la région soigneusement lavée; le laudanum administré de nouveau assura la constipation pendant 40 jours encore et la guérison fut parfaite. Chez un autre malade une selle survint au 5^e jour, nécessitant un nouveau pansement; l'administration du laudanum à la dose quotidienne de 20 gouttes assura de nouveau la constipation pendant une dizaine de jours. Chez le dernier des opérés de M. Delorme, les selles spontanées se montrèrent dès le 6^e jour. On ne chercha pas à les arrêter et ce chirurgien put même, sans compromettre le succès de son opération, enlever les fils de suture dès le 8^e jour. La réunion était parfaite.

C'est ordinairement 12 jours après l'opération que M. Delorme défait le pansement. Celui-ci en général est resté sec; la région anale ne présente une très légère rougeur que chez les opérés atteints de rectite. Un certain nombre de fils sont tombés spontanément et fixés au pansement. Il peut arriver que la section des fils persistants soit rendue un peu délicate, parce que l'orifice anal a repris sa tonicité et que le chirurgien veut éviter toute désunion en dilatant l'anus. Il y a aussi une dernière cause; c'est l'attraction légère de la surface cutanée anale du côté du rectum, laquelle rend le siège plus profond.

Le résultat constaté à la levée du pansement est des plus satisfaisants: la muqueuse est très exactement réunie au bord de la section de la peau sur laquelle elle tranche par sa coloration foncée. L'orifice anal a ses dimensions normales;

les plis radiés se dessinent bien et il est impossible de dire si une opération a été pratiquée sur la région. L'anus est souple et dilatable et le plus souvent le sphincter se contracte bien sur le doigt : il a donc repris sa tonicité.

Il pourrait se faire cependant, qu'à la suite de la rupture de quelques points de suture pendant les efforts de défécation, la réunion ne se fit pas sur toute la circonférence mucocutanée d'une façon aussi intime que le souhaiterait l'opérateur.

La rupture d'un ou deux fils de suture n'a pas beaucoup de gravité. Le fait s'est produit chez un opéré de M. Delorme et n'a nullement compromis le succès de l'opération. Au niveau des points où les fils avaient lâché, la peau et la muqueuse étaient réunies par un tissu muqueux mince analogue à celui qui tapisse les trajets des fistules anales incisées et traitées par le procédé ancien de la mèche.

Du moment où le pansement est enlevé, l'administration du laudanum est suspendue. Des lavements à la glycérine ou à la vaseline sont alors donnés au malade pour faciliter les selles. Celles-ci peuvent même se produire spontanément le 12^e ou le 13^e jour après la cessation pure et simple de la potion laudanisée. Mais c'est là un fait exceptionnel. Il faut en général, pendant quelques jours, aider par des lavements l'évacuation des matières fécales. La défécation est quelquefois douloureuse au début, fait bien naturel, soit que la cicatrisation ne soit pas absolue, soit que le bol fécal, trop volumineux et trop dur, distende d'une façon exagérée les parois de l'anus restauré. En général, à partir du cinquième jour après l'ablation du pansement, les malades vont à la selle d'une façon régulière.

Dans un cas une incontinence passagère des matières fécales a été notée chez un opéré (Observation X). Il s'agissait d'un vieil hémorroïdaire dont les tumeurs sanguines étaient

volumineuses et formaient un véritable tissu érectile. La dilatation anale avait dû être portée au maximum pour permettre à l'opérateur un décollement relativement facile de la muqueuse du sphincter sous-jacent. Cette incontinence ne peut être imputée à l'opération même. Elle est le résultat de la dilatation sphinctérienne. Du reste, n'est-il pas fréquent de voir cette incontinence se montrer chez les sujets dont la fissure à l'anus a été traitée par la distension des fibres du sphincter.

A partir du jour où les selles se font librement, les opérés sont considérés comme guéris. Eux-mêmes, du reste, sont les premiers à se considérer comme tels, tant la différence est grande entre leur état actuel et la situation dans laquelle les tenait autrefois leur affection. Tous regrettent de n'avoir pas eu plus tôt recours à la cure radicale.

Résultats

Il est intéressant de connaître les résultats de l'opération au bout de quelque temps. M. Delorme, avant de nous donner ses observations, a voulu revoir ses malades opérés depuis longtemps déjà; et, chez tous, les résultats se sont maintenus aussi bons qu'ils l'étaient 15 jours après l'intervention. Nous avons eu nous-même l'occasion de voir un de ces opérés. Il s'agissait d'un ancien officier de cavalerie porteur d'hémorroïdes volumineuses depuis de nombreuses années. L'opération remontait à deux mois et demi environ. Le sujet s'étant placé dans la position génu-pectorale, nous nous sommes demandé, à la première inspection de l'anus, si une opération quelconque avait été pratiquée sur cette région. Les plis radiés se montraient réguliers; la peau et la muqueuse ne présentaient rien d'anormal; le limbe muco-cutané se dessinait très bien. Il y avait loin de cet aspect à celui qui nous était donné par une excellente photographie de l'anus avant l'opération.

Du reste, les photogravures ci-jointes montrent mieux qu'une description les résultats de l'opération.

La première gravure montre l'aspect de l'anus et le



bourrelet énorme formé par les hémorroïdes au moment de l'opération, après dilatation préalable du sphincter.

La figure 2 présente le résultat définitif de l'opération deux



mois et demi après.

La figure 3 est destinée à montrer l'aspect de l'anus quand le sujet fait un effort moyen de défécation. Les parois latérales de l'orifice sont légèrement attirées par la main de l'aide à droite et à gauche.



Enfin la figure 4 nous montre l'anus dans un effort de défécation intense. Son orifice est régulier. La déformation légère qu'il présente dans le sens horizontal est due à l'action



des mains. On voit que les plis radiés sont très bien marqués.

La dimension acquise par l'anus sous l'influence d'un effort montre clairement qu'aucun rétrécissement ne s'est produit.

Les résultats éloignés sont donc excellents. Ce n'est pas tout; nous avons poussé plus loin notre examen. La pulpe du pouce énergiquement appliquée au niveau de l'anus éprouve de la part du sphincter une résistance très marquée. L'index introduit dans l'anus pénètre facilement, et, si on prie le malade de contracter son sphincter, le doigt est solidement maintenu dans l'anneau musculaire. L'index et le médius enduits de vaseline peuvent très bien pénétrer dans le sphincter.

Nous devons forcément conclure de cet examen que l'anüs n'a subi aucune rétraction et que le sphincter n'a rien perdu de sa tonicité. Et pourtant cet opéré avait, pendant cinq semaines après l'intervention, eu de l'incontinence des matières fécales.

Dans aucun cas il n'a été noté de prolapsus de la muqueuse; bien au contraire, il arrive souvent que la muqueuse, momentanément attirée en bas pour être affrontée à la peau, s'efforce de regagner sa situation primitive, sollicitant la peau vers la cavité anale. Nous avons vu dans ce phénomène une des causes de la difficulté de l'ablation post-opératoire des fils de suture.

Les malades retiennent très bien leurs matières; ils n'ont pas de douleurs en allant à la selle et ressentent très bien le besoin de défécation.

Voilà pour les résultats locaux.

Les résultats généraux sont tout aussi satisfaisants. L'existence des malades est totalement changée. Ils n'ont plus de douleurs; plus de perpétuelles préoccupations de souffrir en allant à la garde-robe. Les hémorroïdes disparaissent pour toujours; l'alimentation se fait régulièrement et la liberté du ventre est la règle. Les opérés peuvent vivre de la vie commune, sans préoccupation de leur état de santé: ils peuvent vaquer à leurs affaires. Aussi leur caractère se modifie vite en même temps que leur état général. De tristes et maussades, ils deviennent gais; les couleurs de la face tranchent avec la teinte jaune cachectique qu'ils avaient avant l'opération.

L'amaigrissement disparaît.

Le soulagement apporté par cette opération est donc considérable. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici les nombreuses lettres écrites après l'intervention par ses opérés à M. le professeur Delorme. Toutes peuvent se résumer

dé la sorte : les sujets se sentent vivre une nouvelle existence ; ils vaquent sans douleur à leurs occupations et regrettent de ne s'être pas plus tôt confiés au chirurgien pour se faire débarrasser de leur affection.

OBSERVATION I

Hémorroïdes internes et externes. — Cure radicale. — Guérison définitive sans troubles fonctionnels.

T. L., 23 ans, sapeur-pompier, entre dans le service de M. le professeur Delorme, au Val-de-Grâce, le 15 mars 1891. On note dans ses antécédents que sa mère depuis de longues années est atteinte d'hémorroïdes ; quant à lui, il n'accuse, à part quelques atteintes rhumatismales, aucune affection qui puisse avoir précédé, occasionné ou accusé la lésion qu'il porte : ni varicocèle, ni varices, ni constipation habituelle, ni alcoolisme, etc.

Il y a cinq ans, il s'est aperçu, en allant à la selle, qu'il rendait du sang après le passage du bol fécal. Il présentait alors des hémorroïdes assez volumineuses, constatées par un médecin, lesquelles occasionnaient une sensation de picotement dans le rectum et des démangeaisons périnales. Depuis lors, ses hémorroïdes ont disparu et reparu à des intervalles irréguliers, mais assez rapprochés : selles sanglantes de temps en temps.

En décembre 1890, après une journée et une nuit de service, ses hémorroïdes sont sorties, volumineuses, et ne sont rentrées que quatre à cinq jours après ; en mars 1892, même hernie d'un bourrelet hémorroïdaire irréductible pendant quelques jours et écoulement abondant de sang.

Depuis décembre 1890, ses selles sont fréquemment sanglantes, aussi ce malade, de charpente pourtant vigoureuse, est-il quelque peu anémié. Le paquet hémorroïdaire sort à chaque selle et reste quelques heures avant de rentrer. Pesanteur rectale, prurit anal presque continus.

A l'inspection on ne constate que quelques nodules externes de la grosseur d'un gros pois, flétris, mais le toucher rectal révèle au niveau et au-dessus du sphincter un épaissement mollasse, circonférentiel de la muqueuse avec saillie de trois masses dépressibles, dont deux postéro-externes et une antérieure. Demande-t-on au malade de faire quelque effort, comme pour aller à la selle, à l'orifice anal se présentent les tumeurs accessibles à l'index ; elles ont le volume de l'extrémité terminale de ce doigt. En raison des antécédents héréditaires du malade, du volume de ses hémorroïdes, de

leur persistance, de l'anémie relative qui ont provoqué les selles sanglantes répétées, de leur irréductibilité, de l'insuffisance des moyens médicaux habituels, M. le professeur Delorme propose soit la dilatation soit l'ablation, si après la dilatation il constate de visu que le bourrelet hémorroïdal est presque circulaire et très volumineux.

Le 5 mai, après la préparation habituelle du malade, dilatation anale avec les doigts, sous le chloroforme, quatre masses *hémorroïdaires* sortent de l'orifice anal et présentent le volume d'œufs de pigeon ; la muqueuse qui les recouvre est ulcérée ; la cure radicale est alors tentée par le procédé de Whitehead.

Section de la peau — muqueuse un peu en dehors de l'orifice anal ; attraction par des pinces ; séparation de la muqueuse jusqu'au niveau des limites supérieures du sphincter interne où celle-ci paraît absolument saine ; division de la gaine anale en quatre parties ; sutures cutané-muqueuses en anses à la limite des quatre ailerons ; abrasion transversale des quatre ailerons fixés ; nouvelles sutures cutané-muqueuses. Vaseline iodoformée. Pansement iodoformé-sublimé-ouaté compressif embrassant le périnée, la racine des cuisses et la partie inférieure de l'abdomen.

Constipation pendant *douze* jours : 40 gouttes de laudanum le premier, 30 le second, 20 les jours suivants.

La température n'a pas atteint 38° pendant les douze jours de constipation ; elle s'est constamment maintenue entre 37° et 37°8. Pas de coliques, même les premiers jours, pas de rétention d'urine, pas de douleurs locales.

Le 17 mai (12° jour), levée du pansement, lequel est resté sec ; très légère rougeur et macération autour de l'anus, un certain nombre de fils de soie sont tombés spontanément dans le pansement ; la section des fils persistants est rendue un peu délicate parce que l'orifice anal a repris sa tonicité, qu'on veut éviter toute désunion en dilatant l'anus et parce que l'attraction légère de la surface cutanée anale, dans la profondeur, a rendu le siège des fils plus profond. Cessation de la constipation.

Le résultat, constaté à la levée du pansement, est des plus satisfaisants. La muqueuse est très exactement et totalement réunie au bord de la section de la peau sur laquelle elle tranche par sa coloration foncée, l'orifice anal a ses dimensions normales, il est souple et dilatable, le sphincter a repris toute sa tonicité ; tout symptôme subjectif a disparu.

Le 15° jour, coliques légères, envies d'aller à la selle, six lavements huileux ; pas de selles. Le lendemain, nouveaux lavements huileux et vaseline ; selle peu abondante, un peu difficile ; le lendemain, bain, lavements, selles abondantes et régulières.

L'heureux résultat immédiat s'est maintenu. Deux mois après l'opération, selles faciles, régulières, tonicité du sphincter normal. Il ne semble pas que cet homme ait subi une opération, tant la région anale paraît normale ; disparition complète des hémorroïdes, dilatation régulière et non doulou-

reuse du sphincter pendant les selles, pas de trace de rétrécissement, réunion circulaire de la peau à la muqueuse par une ligne cicatricielle à peine visible.

OBSERVATION II

Hémorroïdes internes et externes, volumineuses, circulaires. — Cure radicale par le procédé de Whitehead. — Guérison par première intention. — Résultat bon.

D., Jean, 24 ans, soldat à la 22^e section d'infirmiers, entre dans le service de M. le professeur Delorme le 25 avril 1892. Cet homme robuste, ex-garçon de café, s'aperçut, il y a 3 ans, de la présence de bourrelets hémorroïdaires et de sang dans ses selles. Après un court séjour aux sapeurs-pompiers, en 1889, il constate un développement rapide de varices volumineuses des jambes et l'augmentation de ses hémorroïdes. Il est alors versé aux infirmiers. Plusieurs masses d'hémorroïdes externes, grosses comme des avelines, proéminent de temps en temps, en dehors de l'orifice anal et persistant procidentales de quelques jours à quinze jours ; la masse augmente notablement lorsque D. satisfait ses besoins ; ses selles sont assez souvent sanglantes et douloureuses, symptômes d'irritation vésicale. Le 24 avril, il a, à son dire, perdu un demi-verre de sang pendant une selle ; sa masse hémorroïdale, actuellement circulaire, totale, du volume d'un œuf de poule, devient difficilement réductible, spontanément ou par de légères pressions ; par le toucher rectal, on a la sensation de l'épaississement mollasse de la muqueuse, sans saillies nettes. Force-t-on D. à faire un effort, les hémorroïdes internes font le volumineux bourrelet indiqué ? Selles douloureuses.

Le malade demande à être débarrassé de son affection. M. Delorme hésite entre la dilatation, les injections, la cure radicale.

Après les précautions préliminaires (purgatif trois jours avant l'opération, laxatif la veille et l'avant-veille, 4 à 5 lavements boriqués par jour pendant trois jours), on fait la dilatation anale sous le chloroforme : cinq bourrelets du volume d'une grosse aveline surmontent une muqueuse rouge, friable et épaisse. L'étendue des hémorroïdes faisant craindre que ce moyen ne soit que palliatif, M. Delorme tente d'abréger chaque globe hémorroïdaire, après incision linéaire et dissection de la muqueuse qui le recouvre ; mais la friabilité de la muqueuse le force à s'arrêter au procédé de Whitehead, à l'excision de la paroi ano-rectale jusqu'au-dessus du sphincter interne.

L'opération est conduite d'après les règles indiquées par le chirurgien anglais. Écoulement de sang assez abondant, plusieurs ligatures sont néces-

saïres. Réunion de la paroi rectale à la peau par de nombreux points de suture à la soie ; mais la paroi, bien qu'excisée au-dessus du sphincter interne, est très friable et force M. Delorme à multiplier les sutures.

L'écoulement du sang fut assez abondant pour que, malgré les quelques ligatures profondes pratiquées, en plusieurs points la peau suturée fût soulevée par du sang. Issue de ce sang dans l'interstice des fils par des pressions. Pour éviter sa réapparition, mèche de gaze iodoformée dans le rectum. Pansement compressif iodoformo-ouaté périneo-inguiño-crural. Constipation provoquée.

Le lendemain douleurs anales peu vives et intermittentes qui durent deux jours.

Le 12^e jour, levée du pansement. Nombre de fils sont tombés spontanément ; section des autres ; réunion par première intention. Selle non douloureuse provoquée par de nombreux lavements de vaseline boriquée légèrement chauffée. Pansement au salol ; bandage en T. Selle tous les jours.

Résultat deux mois après l'opération : région anale d'aspect normal ; à droite, persistance d'un très léger bourrelet parce qu'à ce niveau une portion de peau érectile a été, à tort, conservée. Réunion linéaire de la muqueuse à la peau ; la muqueuse est à une profondeur de 1 centimètre de l'orifice anal, à l'état de repos. Contractibilité normale du sphincter, pas de rétrécissement anal, ni de prolapsus muqueux ; aucune gêne pendant la défécation ; selles faciles, régulières, non sanglantes. Malade et chirurgien sont très satisfaits du résultat obtenu.

OBSERVATION III

Hémorroïdes internes et externes volumineuses, datant de 10 ans. — Cure radicale. — Guérison. — Résultat bon.

C., Jean, 38 ans, soldat d'infanterie de la Garde républicaine, est adressé à M. le professeur Delorme le 5 juillet 1892 par M. le médecin-major de 1^{re} classe André.

Cet homme n'a jamais été sérieusement malade. Il n'a aucun antécédent héréditaire à signaler, ne présente ni varicé, ni varicocèle, ni affection du foie ou du cœur, etc.

Le début de son affection actuelle remonte, pour le moins, à dix ans. Il s'aperçut alors qu'il rendait du sang dans ses selles ; il présentait des alternatives de diarrhée et d'une constipation qui durait 3 à 4 jours, des selles douloureuses, une sécrétion anale avec démangeaisons et des tumeurs externes peu volumineuses. Bientôt les masses herniaires internes s'accrurent

en même temps que s'accusait leur symptomatologie habituelle, parfois la réduction de la masse hémorroïdaire devint difficile.

Au moment de l'examen, les selles sont rarement sanglantes, mais à chaque défécation des hémorroïdes volumineuses sortent de l'orifice anal, et il n'est pas toujours facile au malade de les faire rentrer ; la constipation alterne avec la diarrhée. Le pourtour de l'anus présente des hémorroïdes externes peu volumineuses et, au moindre effort, la muqueuse anale fait saillie à l'extérieur en se présentant sous forme d'un bourrelet hémorroïdaire-circulaire, volumineux, violacé, surplombé de quatre à cinq masses globuleuses non pédiculées de la grosseur d'une noisette. Une assez grande quantité de liquide muqueux s'échappe en même temps de l'orifice anal. La réduction spontanée et complète de la masse hémorroïdaire demande plusieurs heures.

Le toucher rectal, à l'état de repos, fournit une sensation de mollesse, de dépressibilité, d'empâtement, de rétrécissement anal, mais pas celle de tumeurs. On porte le diagnostic d'hémorroïdes internes compliquées d'un léger degré de prolapsus. Le malade accepte l'opération de la cure radicale.

Le 16 juillet, après les précautions habituelles : purgatif et lavements antiseptiques, M. Delorme pratique, sous le chloroforme, la dilatation, laquelle montre seulement toute l'étendue et le volume des hémorroïdes internes. Elles représentent cinq à six masses obstruant totalement l'orifice anal dilaté et d'un diamètre total de six à sept centimètres. Dissection de la muqueuse par le procédé de Whitehead. On reconnaît aisément les sphincters. Hémorrhagie assez peu abondante. Incisions verticales et transversales du cylindre rectal disséqué dans l'étendue de six centimètres ; formation de quatre ailerons, quatre sutures à anse à la soie aux limites des sections ; excisions des ailerons, seize sutures à points passés à la soie réunissant peau et muqueuse. Résultat immédiat très satisfaisant.

Pansement extérieur iodoformo-ouaté. Pas de vaseline iodoformée dans le rectum ; constipation provoquée.

Coliques peu vives les deux premiers jours ; pas de rétention d'urine. Levée du pansement le dixième jour ; ablation des fils que le resserrement de l'anus, la crainte de détruire la réunion et le relèvement de la muqueuse rendent un peu délicate. Plusieurs de ces fils sont tombés spontanément. Réunion parfaite par première intention, sans élévation de température. Constipation jusqu'au 12^e jour.

Le 12^e jour, selles régulières facilitées par des lavements. A partir de ce moment les selles sont spontanées et faciles, non douloureuses.

A la sortie de l'opéré, un mois après l'intervention, le sphincter interne a sa résistance normale ; l'anus présente ses plis rayonnés normaux, l'orifice anal est très aisément dilatable par un ou deux doigts ; la muqueuse est linéairement unie à la peau sans trace de cicatrice ; elle est cachée normalement dans l'orifice anal et n'est qu'à peine visible dans les efforts. Pas de prolapsus rectal. En somme, résultat très bon.

OBSERVATION IV

Hémorrhôïdes volumineuses internes et externes. — Hémorrhagies abondantes. — Cure radicale. — Réunion par première intention. — Résultat excellent.

G., Louis, 31 ans, ancien maçon, soldat d'infanterie de la Garde républicaine, s'aperçut, en mars 1892, qu'il perdait une quantité notable de sang en allant à la selle; depuis cette époque, hémorrhagies fréquentes, et assez abondantes pour anémier ce malade. Sécrétion anale habituelle, quelques bourrelets hémorrhôïdaires externes peu volumineux.

Le traitement ordinaire, eau froide, vaseline boriquée, lavements, s'étant montré insuffisant, M. le médecin-major de 1^{re} classe André adresse ce malade à M. le professeur Delorme, le 13 octobre 1892. A l'extérieur, ce dernier constate quelques bourrelets externes peu saillants; par le toucher, jusqu'à 4 centimètres au-dessus de l'orifice anal, une muqueuse boursoufflée, mollassée, sans saillie. M. Delorme propose la dilatation, et si, au cours de celle-ci, le diagnostic d'hémorrhôïdes internes volumineuses s'affirme de visu, il aura recours à la cure radicale.

Le 17 octobre, en présence du docteur Maucclair, prosecteur de la Faculté, après les précautions habituelles, M. Delorme fait la dilatation anale. De volumineux bourrelets internes au nombre de 5 à 6, formant une masse circulaire de la grosseur d'un œuf de poule, sortent de l'orifice anal. A la dilatation fait suite la cure radicale.

Procédé habituel, le décollement se fait plutôt avec l'extrémité mousse des ciseaux qu'avec leur tranchant; séparation facile des sphincters, limites de l'altération de la muqueuse répondant exactement à la partie supérieure du sphincter interne. Écoulement de sang peu considérable; ligature d'un vaisseau artériel vers le milieu de chaque aileron, à sa base. Sutures à anses cutanéo-rectales à la limite de chaque section vésicale; nombreuses sutures dans l'intervalle après section transversale des ailerons. Pansement habituel. Constipation provoquée. Régime habituel.

Suites des plus simples. Pas de troubles de miction, ni coliques, ni élévation de température. Le 13^e jour, le pansement est levé, la plaie est réunie; les fils tombés spontanément en grande partie; le sphincter a repris sa tonicité, et sa contraction gêne quelque peu pour l'ablation des fils qui tiennent encore, d'autant que M. Delorme hésite par une trop grande dilatation de l'anus à compromettre la solidité de la réunion. Selles faciles provoquées par des lavements le 15^e et le 16^e jours; depuis lors, selles régulières spontanées.

Cinquante-trois jours après l'opération, le résultat consigné dans l'observation et vérifié par plusieurs collègues était le suivant :

Périnée souple, anus normal, plis radiés, orifice fermé par la tonicité du sphincter. Réunion linéaire de la muqueuse à la peau à un centimètre de l'orifice anal apparent. La muqueuse tranche brusquement, sans transition, par sa couleur rouge, sur celle de la peau blanche. Un, deux doigts pénètrent facilement dans l'orifice anal très souple. Il n'y a ni trace de rétrécissement ou de prolapsus. Les selles sont faciles, régulières, normales. Jamais hémorrhagie ou sécrétion anale ne se sont reproduites.

OBSERVATION V

Hémorrhoides internes et externes, volumineuses et étranglées. — *Cure radicale par le procédé de Whitehead.* — *Guérison par première intention.* — *Résultat parfait.*

G., E., ex-caporal au 5^e bataillon d'Afrique, entre dans le service de M. le professeur agrégé Burlureau, le 21 juin 1892, présentant, à intermittences, depuis plusieurs années, un bourrelet d'hémorrhoides idiopathiques, circulaire, surmonté de quelques masses globuleuses et volumineuses. Ce bourrelet a les dimensions d'un gros œuf de poule. Douleurs vives surtout en allant à la selle, hémorrhagies fréquentes et abondantes. Au dire de ce malade, sans doute exagéré, la quantité de sang rendu à chaque selle représentait un verre, un verre et demi; ces pertes de sang duraient huit à dix jours, puis reparaissaient après une période de calme de 10 à 12 jours. Sécrétion odorante continue; anémie très marquée et état nerveux. Les traitements usuels n'ayant pas amélioré l'état de G., celui-ci est adressé à M. le professeur Delorme pour subir l'opération de la cure radicale.

Opération faite le 17 octobre 1892, après les précautions habituelles. Dissection laborieuse du sphincter externe, hémorrhagie abondante, séparation facile du sphincter interne, quelques ligatures perdues. Quatre sutures à anses sur le cylindre rectal aux limites des quatre sections, excision des quatre ailerons à six centimètres de l'orifice anal. Nombreuses sutures. Résultat immédiat parfait. Pansement habituel. Constipation provoquée.

Régime habituel. Constipation jusqu'au premier pansement. Ni coliques, ni rétention d'urine. Levée du pansement le 12^e jour. Ablation des fils à anses et d'un certain nombre de fils à points passés; les autres sont tombés d'eux mêmes. Bon résultat.

Cessation de la constipation après ce pansement, selles faciles avec lavements pendant quelques jours, spontanément ensuite.

Un mois et demi après l'opération, le résultat est des plus satisfaisants, l'orifice anal est normal, le sphincter a repris toute sa tonicité ; la muqueuse est linéairement réunie à la peau dans toute sa circonférence ; à l'état de repos de l'anus, elle est à 1 centimètre au-dessus de la surface anale ; à l'état d'effort, elle n'arrive pas au niveau de la peau. L'anus admet librement deux doigts. Ni rétrécissement, ni prolapsus. Cessation des douleurs, des hémorrhagies ; diminution progressive de l'anémie.

OBSERVATION VI

Hémorrhôides volumineuses totales, pertes de sang abondantes ; cure radicale par le procédé de Whitehead : guérison par première intention. — Résultat bon.

P., soldat au 46^e de ligne, 22 ans, est atteint depuis plusieurs années d'hémorrhôides idiopathiques procidentes, parfois irréductibles, totales, donnant lieu aux symptômes habituels des *hémorrhôides* volumineuses, en particulier à des pertes de sang abondantes. Il entre le 17 juin 1892, dans le service de M. le professeur Delorme, pour y subir l'opération de la cure radicale.

Opéré le 30 juin, par le procédé de Whitehead, après dilatation, M. le professeur Delorme note seulement la perte de sang assez abondante pendant l'opération, la friabilité de la paroi rectale, dérapant et se déchirant sous une traction modérée des pinces, la dissection assez difficile du sphincter, la limitation très nette des altérations muqueuses au-dessus du sphincter interne. A ce niveau, la muqueuse, circulairement, est lisse et de coloration normale. Abrasion d'un manchon rectal de 5 à 6 centimètres de long. Pas de ligature. Sutures habituelles en anses et isolées, multipliées.

Constipation jusqu'au 12^e jour, ablation des fils persistants ; selles faciles avec lavements le 13^e jour, et sans lavement à partir de ce moment. Incontinence relative des matières durant trois semaines.

Résultat un mois et demi après l'opération : orifice anal normal ; on ne constate plus traces d'hémorrhôides, même pendant les efforts ; réunion linéaire de la peau à la muqueuse dans toute son étendue ; l'anus admet librement le pouce et même deux doigts ; en somme, dilatabilité normale, sans trace de rétrécissement. Sphincter à contraction normale. Selles régulières, sensation de besoin bien perçue comme chez les malades précédents. Cessation de toute douleur et des hémorrhagies. En résumé, résultat parfait.

OBSERVATION VII

Hémorroïdes internes et externes volumineuses, totales, procidenties ;
cure radicale par le procédé de Whitehead. — Résultat excellent.

B., sapeur-pompier, entre le 8 avril 1892 dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Delorme, atteint d'hémorroïdes internes et externes, faisant à la région anale un bourrelet total du volume d'un œuf de pigeon, donnant lieu aux accidents habituels des hémorroïdes, en particulier à une constipation habituelle et à des hémorrhagies fréquentes. Aspect cachectique provoqué par l'anémie. Antécédents hémorroïdaires et alcoolisme sans lésion nette du foie. Insuffisance des moyens de traitement anodins habituels.

Le 26 juillet 1892, cure radicale après précautions antiseptiques intestinales d'usage et dilatation du sphincter. Rien à noter pendant l'opération si ce n'est l'hémorrhagie gênante pendant la séparation du sphincter externe et l'attention nécessaire pour ne pas entamer les fibres partiellement rompus. Excision de six centimètres du cylindre rectal. Sutures à points passés, sans sutures à anses.

Constipation habituelle mal supportée à partir du 6^e jour, selles facilitées par des lavements, ablation de quelques fils ; nouvelle constipation jusqu'au 13^e ; ablation des derniers fils. Réunion presque totale, interrompue seulement en quelques points très circonscrits, ce qui décide M. le professeur Delorme à adjoindre dorénavant des sutures à anses aux sutures entrecoupées. A noter dans les suites, le retour à la constipation antérieure à l'opération, ce qui, à partir du 13^e jour, nécessite l'emploi des lavements journaliers.

Le résultat au point de vue de la tonicité du sphincter, de la facilité, de la régularité des selles, de la disparition complète des hémorrhagies et des hémorroïdes, est analogue à celui constaté chez les précédents malades. La réunion de la muqueuse à la peau est linéaire, sans trace de rétrécissement dans les quatre cinquièmes de son étendue. En quelques points circonscrits, l'adhésion a été moins intime, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient.

OBSERVATION VIII

Hémorroïdes volumineuses procidentes externes et internes. — Cure radicale. — Guérison par première intention. — Résultat définitif excellent.

Ba., J.-P., 32 ans, garde-républicain, est atteint depuis plusieurs années d'hémorroïdes procidentes externes et internes, formant un volumineux

bourrelet circulaire. Hémorrhagies fréquentes et abondantes. Symptômes ordinaires des hémorroïdes procidentes et anciennes.

Opération de Whitehead en février 1893, par le procédé ordinaire. Hémorrhagie assez abondante rendant difficile la dissection du sphincter externe. Section du manchon rectal au-dessus du sphincter interne ménagé. Quatre sutures à anses et sutures entrecoupées dans l'intervalle ; quatre à cinq ligatures pendant l'opération.

Constipation pendant 12 jours, sans élévation de température, ni coliques. Levée des fils le 12^e. Réunion par première intention. Selles faciles avec lavements le 13^e et sans lavements à partir du 13^e. Nourriture spéciale dès le 3^e jour.

Résultat après deux mois : Région anale normale ; disparition définitive des hémorroïdes ; tonicité du sphincter conservée ; réunion directe de la muqueuse et de la peau sans tissu de cicatrice ; dilatabilité normale du sphincter ; selles normales et régulières ; sensation de besoin nettement perçue comme chez les précédents opérés.

OBSERVATION IX

Hémorroïdes externes et internes datant de près de 14 ans, très volumineuses, devenues irréductibles, anémie, état nerveux. — Cure radicale par le procédé de Whitehead. — Guérison avec résultat excellent.

M. X., commis au Ministère de la guerre, entre dans le service de M. le professeur Robert en février 1893, porteur d'une masse hémorroïdale du volume de la moitié du poing, dont l'irréductibilité remonte à des années et qui gêne le malade pendant la défécation, la station debout et assise. Ce malade, âgé de 55 ans, anémié, nerveux, est obligé depuis longtemps de porter un bandage pour recueillir les sécrétions incessantes et odorantes de ses hémorroïdes procidentes.

C'est sur les conseils de médecins qui lui ont toujours conseillé de ne pas se faire débarrasser de sa tumeur hémorroïdaire qu'il l'a conservée depuis plus de trente-cinq ans, se réduisant volontairement à l'état précaire de convalescent. A vingt ans, le bourrelet périanal, presque circulaire, avait un centimètre d'épaisseur ; depuis lors, il n'a fait que s'accroître d'une façon continue. A partir de trente ans, les hémorrhagies deviennent fréquentes et abondantes, au point d'anémier M. X., qui alors souffrit de palpitations de cœur ; la défécation tant redoutée, si gênée, si douloureuse, entraîne une constipation volontaire, laquelle eut pour contre-coup, pour effet, d'augmenter le bourrelet anal et, à chaque selle, de provoquer un écoulement de sang

de plus grande abondance. A plusieurs reprises, la perte de sang et la douleur produisirent des syncopes. Souffle cardiaque mésosystolique à la pointe.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, le bourrelet hémorroïdal a le volume indiqué déjà ; il est lobulé, muqueux, mollassé, charnu. Il constitue *une véritable tumeur érectile veineuse*. Les hémorrhagies sont plus rares depuis que la consistance de la tumeur a augmenté. Sécrétion séro-muqueuse assez abondante.

Pour terminer l'histoire non opératoire de ce malade, j'ajouterai que les hémorroïdes sont des affections constantes dans sa famille. Son père, sa mère, son grand-père ont été atteints d'hémorroïdes volumineuses.

Après les précautions antiseptiques préparatoires (lavements purgatifs, bori-
qués deux jours avant l'opération ; lavements bori-
qués la veille, lavements bori-
qués le jour même, puis lavements à la vaseline bori-
quée), je pratique l'opération de Whitehead avec l'assistance de M. le professeur Robert, auquel je suis reconnaissant d'avoir bien voulu me confier ce malade. Dilatation anale par les doigts de la masse hémorroïdale ; incision périanale habituelle. Hémorrhagie abondante ; recherche délicate des fibres du sphincter externe ; traction de la muqueuse épaisse, érectile, par des pinces qui la déchirent et dérapent sans cesse ; recherche et dégagement assez facile du sphincter interne ; section de la muqueuse et formation de quatre ailerons. Cette section montre que la muqueuse, très friable et rouge, est malade bien au-dessus de la tumeur hémorroïdale ; celle-ci est compliquée de rectile. Plusieurs ligatures sur des veines hémorroïdales supérieures sont placées.

Sutures à anses à la soie aux quatre points cardinaux, au niveau des quatre sections longitudinales ; résection des ailerons et sutures à la soie, à points passés, très multipliées, réunissant la base sectionnée des ailerons à la peau ; quelques sutures à anses, par précaution, dans l'intervalle des premières.

Cette opération fut lente, laborieuse, très sanglante, et je dus constamment faire appel à une expérience déjà acquise pour la mener à bien. L'abondance de l'écoulement sanguin rendit difficile le dégagement des sphincters ; la friabilité de la muqueuse me força à prendre des soins particuliers pendant le passage et le resserrement des sutures que je dus multiplier. L'opération dura une heure environ, et la chloroformisation fut très difficile, bien qu'elle fût conduite par un aide très exercé.

Vaseline iodoformée dans le rectum ; pansement habituel ; constipation provoquée comme d'ordinaire. Bouillon et lait les deux premiers jours, nourriture animale les jours suivants.

Température 33° 2 le lendemain de l'opération, le soir ; le surlendemain elle descend à 37° 2 le soir, et, à partir de ce jour, elle oscille entre 36° et 37° ; coliques légères le lendemain de l'opération ; augmentation de la dose de laudanum. Selle spontanée le 5^e jour ; pendant les efforts de défécation

de ce sujet particulièrement nerveux, quelques fils à sutures lâchent ; lavements boriqués, augmentation de la dose de laudanum.

Levée du 2^e pansement le 10^e jour ; je constate que le nombre de fils de la moitié gauche sont tombés pendant les efforts de défécation, plutôt par le fait de la traction exercée sur la muqueuse par le releveur de l'anus que par suite d'une pression excentrique exercée sur les fils par le bol fécal, aussi je reprends en plusieurs points et la peau et la muqueuse remontée, et je les réunis à nouveau par quelques anses de soie qui sont sectionnées le 20 jour.

Selles provoquées tous les huit jours, rendues sans difficultés ; constipation dans l'intervalle sans la moindre élévation de température.

Résultat deux mois après l'opération : adhérence très intime de la peau anale à la muqueuse dans la moitié droite ; une ligne cicatricielle linéaire, d'un millimètre de large, souple et non rétractile, établit la séparation de la peau et de la muqueuse ; dans la moitié gauche, il est des points au niveau desquels l'adhérence directe n'a pu être obtenue ; la peau et la muqueuse sont réunies par un tissu muqueux, mince, analogue à celui qui tapisse les trajets de fistules anales inbisées et traitées par le procédé ancien de la mèche. Anus et rectum sont définitivement débarrassés de toute masse hémorroïdaire, même pendant l'effort ; le sphincter a repris toute sa contractibilité ; il fronce si normalement la région anale, qu'il serait impossible de croire que ce malade ait subi une opération si on n'en était averti. Les selles sont faciles, régulières, non douloureuses, les gaz retenus, la sécrétion anale tarie, l'état moral du malade relevé et sa santé générale si bien rétablie qu'il a notablement augmenté de poids, qu'il accuse un bien-être inconnu et regrette très vivement de n'avoir pas subi plus tôt cette bienfaisante opération. En fait, chez aucun de mes opérés, elle ne montra mieux ses heureux effets.

En juin 1893, je revoyais ce malade qui avait pris de nouvelles forces, avait des selles très régulières et très faciles et me remerciait chaleureusement de l'avoir opéré.

OBSERVATION X

Hémorroïdes externes et internes volumineuses, datant de 20 ans, irréductibles ; anémie, état nerveux. — Cure radicale par le procédé de Whitehead. — Guérison avec résultat excellent.

D., ex-capitaine de cavalerie, 57 ans, entre le 13 janvier 1893, dans le service de M. le professeur agrégé Catrin, porteur d'hémorroïdes très vo-

lumineuses, formant une tumeur circulaire de la grosseur de la moitié du poing. Cette tumeur est formée de 4 à 5 nodules charnus, durs, bleuâtres, étranglés, de la grosseur d'un œuf de pigeon, reposant sur une masse commune, indurée.

Ce malade qui, dans ses antécédents héréditaires ou personnels, n'accuse aucune affection qui puisse faire penser chez lui à des hémorroïdes symptomatiques, fait remonter le début de sa lésion à vingt ans. Mais, pendant de longues années, elles n'ont présenté qu'un développement modéré, restaient réductibles, ne sortaient de l'orifice anal qu'à de longs intervalles et donnaient lieu à des hémorrhagies peu abondantes. Depuis trois ans environ, elles sortent à chaque selle, volumineuses, restent irréductibles à des intervalles rapprochés, donnent lieu à des hémorrhagies anémiantes et à la symptomatologie habituelle des hémorroïdes enflammées, étranglées, ulcérées et sécrétantes. A son entrée dans mon service, la tumeur herniaire présente les caractères indiqués, et la macération odorante de la face interne des cuisses, du périnée et du scrotum, témoigne de l'abondance et des caractères de la sécrétion fournie par la surface de la masse et le rectum dont l'opération révéla l'inflammation chronique.

Après les précautions antiseptiques habituelles, la cure radicale fut pratiquée le 15 janvier, suivant le mode décrit dans la précédente observation. Pendant l'opération je rencontrai les mêmes difficultés que chez le précédent malade dans la recherche des limites du sphincter externe; je constatai le même écoulement sanguin, abondant et gênant; les mêmes altérations de la muqueuse rectale remontant bien au delà du sphincter interne, contrairement à ce qu'on remarque dans les *hémorroïdes* moins anciennes, enfin la même friabilité de cette muqueuse qui m'imposa les mêmes précautions pour la suture.

Même pansement, même alimentation spéciale, même constipation qui cesse malgré moi et malgré les potions laudanisées le 4^e jour, le malade ayant été pris d'une envie irrésistible d'aller à la selle. Selles faciles semi-liquides; nouvelle constipation provoquée jusqu'au 12^e jour. Ablation des derniers fils; la plupart des fils à sutures sont retrouvés libres dans le pansement. Persistance de l'intertrigo-périnéo-crural que font rapidement disparaître les pansements fréquents au salol et au bismuth. A partir du 12^e jour, selles faciles et régulières quand le bol fécal est résistant; les gaz et les matières fécales liquides ne peuvent être retenus complètement pendant les cinq premières semaines environ. Réunion par première intention, sans le moindre trouble général et sans la moindre élévation de température, malgré la constipation.

Le résultat de l'opération, trois mois après, le 18 avril, était le suivant :

Quand on examine l'anus, celui-ci se présente dans des conditions telles que le malade semble ne pas avoir subi d'opération. L'orifice absolument fermé est entouré de ses plis rayonnés; la contraction du

sphincter est énergique ; sa tonicité est accusée de visu et par la résistance que l'opéré fait à volonté éprouver au doigt lorsqu'il cherche à franchir l'orifice anal. Dans l'intervalle des contractions, l'index, le pouce, deux doigts même, franchissent aisément le sphincter sans qu'on constate trace de rétrécissement.

Tout vestige des hémorroïdes a disparu, et avec elles toute sécrétion. Les matières et les gaz sont bien retenus ; il y a à noter cependant que la défécation est quelquefois un peu douloureuse. Fonctions du ventre normales.

En écartant légèrement les bords de l'orifice anal, on remarque que la muqueuse est directement unie à la peau dans la plus grande partie de son étendue. La ligne d'adhésion est représentée là par un liséré blanc à peine visible, très souple et non adhérent dans la profondeur. Dans deux autres points, d'ailleurs très limités en avant et en arrière, au niveau desquels la réunion a été obtenue par seconde intention, avec interposition de tissu d'aspect muqueux entre la peau anale et la muqueuse ; la surface souple et non rétractile se présente comme celle d'une fistule anale opérée.

L'état général a subi une modification aussi frappante que l'état local, le malade déprimé, nerveux, profondément anémié avant l'opération a repris à tel point forces et embonpoint qu'il est méconnaissable. Quatre mois après l'opération, il m'exprimait très vivement la satisfaction qu'il éprouvait de l'avoir subie. Les selles n'étaient plus alors douloureuses ; les fonctions ano-rectales s'effectuaient d'une façon normale, et une gaité, une valeur intellectuelle et générale, inconnues depuis longtemps, avaient fait définitivement place à un état chronique d'inquiétude, de lassitude, de dépression et d'anémie.

OBSERVATION XI

Hémorroïdes internes et externes volumineuses, difficilement et incomplètement réductibles. — Cure radicale par le procédé de Whitehead. — Guérison avec résultat excellent.

R., Émile, 22 ans, soldat au 46^e d'infanterie, ex-boulangier, appartient à une famille d'hémorroïdaires. Son père et plusieurs frères sont atteints d'hémorroïdes volumineuses. Pas de varices, d'affection du foie ou du cœur, etc. État nerveux.

Début à 11 ans ; R. a commencé à éprouver alors une sensation de pesanteur et de gêne rectale. Il souffrait d'une constipation habituelle. Bol fécal diminué de diamètre ; issue, pendant les selles, de bourrelets assez volumineux sans procidence rectale. Ces phénomènes s'accroissent pendant le séjour de

R. au régiment. Hémorrhagies, sécrétion odorante, parfois fissures douloureuses concomitantes.

R. entre dans le service de M. le professeur Delorme, le 12 avril 1893. A l'inspection de la région anale, on constate une tumeur hémorroïdaire, circulaire, avec bosselures surajoutées, formant une masse de six centimètres de diamètre, difficilement et incomplètement réductible.

Précautions préliminaires antiseptiques habituelles; opération de Whitehead le 9 mai 1893, après insuccès de moyens anodins tels que lavements, applications froides journalières, etc., etc. Sous le chloroforme, la dilatation digitale de l'anus augmente encore le volume de la masse hémorroïdale. Séparation assez difficile du sphincter externe; aspect érectile de la muqueuse friable; dégagement facile du sphincter interne; manchon muqueux de six centimètres; sections longitudinales habituelles, 4 sutures à anses; dans l'intervalle de ces dernières, nombreuses sutures à points séparés, rapprochés de 3 millimètres environ. La muqueuse est saine aux limites de l'excision. Écoulement assez abondant de sang pendant l'opération; ligature de quelques veines; durée de l'intervention: 50 minutes. Pansement iodoforme-ouaté compressif, en surface; rectum libre. Constipation.

Rétention d'urine pendant 18 heures; elle cède d'elle-même. Température normale; nourriture spéciale dès le 3^e jour. Le 6^e, selle malgré la potion laudanisée; efforts douloureux. Pas de sang. Lavements à la vaseline pour faciliter la selle, lavages boriqués après; excitabilité de l'opéré. Depuis le 6^e jour, selle journalière malgré la potion laudanisée, mêmes lavements et lavages. Le 8^e jour, j'enlève la plupart des fils, la plaie est réunie par première intention dans la plus grande partie de son étendue. Le 12^e jour, tout pansement est supprimé. Lavements journaliers, selles non douloureuses et faciles. Levée de l'opéré le 15^e jour.

Un mois et demi après l'opération, M. le professeur Delorme constate que le résultat est parfait. A l'inspection de la région anale, il ne semble pas que R. ait subi la moindre opération; l'orifice anal présente ses plis rayonnés; la peau périanale tenue est attirée dans la profondeur à une distance de 1 centimètre 1/2 pendant la contraction du sphincter; en l'absence de contraction, la muqueuse est encore cachée dans l'orifice. Pendant les selles, elle répond à l'orifice sans prolapsus.

La muqueuse est linéairement réunie à la peau, sans interposition de tissu de cicatrice. L'index pénètre avec la plus grande facilité dans l'orifice anal, qui pourrait aisément admettre deux doigts. Le rectum est souple, excepté en dehors et en arrière, où il présente une induration très légère.

Tonicité du sphincter conservée, rétention normale des gaz et des matières fécales; selles faciles, régulières, non douloureuses.

CONCLUSIONS

I. — La cure radicale est le seul traitement des hémorroïdes volumineuses qui compromettent la santé de celui qui en est atteint.

II. — L'opération de Whitehead introduite en France et modifiée par M. le professeur Delorme est un traitement excellent qui débarrasse l'anus complètement des paquets hémorroïdaires, ne compromet pas l'intégrité du sphincter, n'expose pas aux rétrécissements.

III. — Les résultats obtenus par M. Delorme sont des plus satisfaisants et se maintiennent très bons plusieurs mois après l'intervention. Aussi proposons-nous comme opération de choix pour les hémorroïdes volumineuses l'opération Whitehead-Delorme.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu
et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Accepté pour la présidence :
F. TERRIER.

